

Ситуаційні задачі

«Дитяча хірургія»

6 курс

АБДОМІНАЛЬНА

Задача №1

У лікарню звернулись батьки хлопчика В., 7 тижнів, перший ступінь недоношеності (народився на 36 тижні вагітності), вага при народженні 2445 г. Мати скаржиться, що дитина в'яла, роздратована, вже два тижні майже після кожного годування блює зсілим молоком без домішок жовчі. Втрата маси тіла складає 10%. Температура тіла 36,6 °С.

Стан тяжкий, гіпотрофія другого ступеню. Шкірні покриви бліді, чисті. Тони серця послаблені, пульс - 130 за хвилину. Дихання 31 за хвилину везикулярне, симетричне. Живіт м'який, дитина реагує на пальпацію спокійно, видно перистальтику шлунка, справа біля краю правого прямого м'язу живота над пупком пальпується овальне щільне утворення, довжиною 2-3 см. Симптоми подразнення очеревини негативні. Печінка не збільшена. Сеча інтенсивно жовтого кольору. Стілець 2 рази на добу, кашоподібний, жовтий, без патологічних домішок.

Гемоглобін – 100 г/л; Ер. – $3,4 \times 10^{12}$ /л; к.п. – 0,6; Лейкоцити – $12,2 \times 10^9$ /л; е – 1%; п – 8%; с – 66%; л – 22%; м – 3%; Тромбоцити – 230×10^9 /л; ШОЕ – 16 мм/год.; рН 7,49; хлорид - 90 ммоль/л; бікарбонат - 32 ммоль/л; калій - 3,0 ммоль/л.

Hemoglobin - 100 g / l; Er. - $3,4 \times 10^{12}$ / l; colour index - 0.6; Leukocytes - 12.2×10^9 / l;; Platelets - 230×10^9 / l; ESR - 16 mm / hour; pH 7.49; chloride - 90 mmol / l; bicarbonate - 32 mmol / l; potassium - 3.0 mmol / l.

1. Який клінічний діагноз?
2. Яка природа та етіологія цього захворювання?
3. Які дослідження слід призначити для підтвердження діагнозу?
4. Яка тактика лікування?
5. Інтерпретуйте результати аналізу крові.

Задача №2

У хлопчика М., 2 доба життя, блювота з домішками жовчі з початку ентерального харчування (грудне вигодовування).

З анамнезу життя відомо: народився від II вагітності, 38 тижнів, пологи фізіологічні, за шкалою Апгар 8 балів на 3 хв., вага при народженні 3115 г., ріст 48 см. У матері пренатальним УЗД з 20 тижня виявлено полігідрамніон.

Загальний стан дитини тяжкий, шкіряні покриви бліді, чисті. Тони серця послаблені, пульс - 132 за хвилину. Дихання 34 за хвилину, везикулярне, симетричне. Живіт м'який, дифузно здутий, дитина не реагує на пальпацію. Симптоми подразнення очеревини негативні. Печінка не збільшена. Сеча жовтого кольору. На другу добу життя відходив меконій, сірого кольору лише 2-3 мл.

На оглядовій рентгенограмі ОЧП в вертикальному положенні виявлено три рівня рідини та відсутність газу в дистальних відділах кишечника. На УЗД ОЧП, заочеревинного простору, серця, головного мозку патології не виявлено.

При обстеженні супутніх аномалій не виявлено.

1. Який найбільш імовірний діагноз?
2. Яка етіологія цього захворювання?
3. Яка класифікація цього захворювання?
4. З якими захворюваннями проводиться диференціальна діагностика?
5. Яка тактика лікування?

Задача №3

У хлопчика С., 2 доба життя, блювота з домішками жовчі з початку ентерального харчування (грудного вигодовування). Через шлунковий зонд аспіровано 32 мл на добу вміст зеленого кольору.

З анамнезу життя відомо: народився від III вагітності, пологи фізіологічні у 39 тижнів, за шкалою Апгар 8 балів на 3 хв., вага при народженні 3201 г., ріст 47 см. При пренатальному УЗД матері з 20 тижня полігідрамніон, у плода симптом подвійного міхура. Пренатально діагностовано синдром Дауна.

Загальний стан дитини тяжкий, шкіряні покриви бліді, чисті. Тони серця послаблені, пульс - 131 за хвилину. Дихання 36 за хвилину, везикулярне, симетричне. Живіт м'який, не здутий, дитина реагує на пальпацію спокійно. Симптоми подразнення очеревини негативні. Печінка не збільшена. Сеча жовтого кольору. Меконій не відходив. На оглядовій рентгенограмі ОЧП в вертикальному положенні візуалізується симптом «double bubble» (розширення шлунка та дванадцятипалої кишки), газ в дистальних відділах кишечника не видно. На УЗД ОЧП, заочеревинного простору, головного мозку патології не виявлено. На УЗД серця – венетрикулосептальний дефект, відкрита артеріальна протока, СН ІІА.

При обстеженні супутніх аномалій не виявлено.

1. Який найбільш імовірний діагноз?
2. Яка етіологія та класифікація цього захворювання?
3. З якими захворюваннями необхідно проводити диференційну діагностику?
4. Які додаткові спеціальні обстеження доцільно провести для уточнення діагнозу?
5. Яка тактика лікування?

Задача №4

У лікарню звернулись батьки хлопчика Р., 3 роки. Скарги на періодичний біль у животі, затримку випорожнень до 4-5 діб, роздратованість дитини при акті дефекації. Мати кожні 3-4 дні робить очисні клізми. Хлопчик відстає від своїх однолітків у фізичному розвитку.

З анамнезу життя відомо: народився від I вагітності, вагітність без ускладнень, пологи фізіологічні у 38 тижнів, за шкалою Апгар 8 балів на 3 хв., вага при народженні 3224 г., ріст 49 см.

Загальний стан дитини задовільний. Шкіряні покриви бліді, чисті. Підшкірна жирова клітковина розвинута недостатньо. Тони серця ритмічні, пульс - 131 за хвилину. Дихання 36 за хвилину, пуерильне, симетричне. Живіт м'який, дещо здутий, дитина реагує на пальпацію спокійно. Симптоми подразнення очеревини негативні. Печінка не збільшена. Сеча жовтого кольору. Випорожнення кожні 3-4 доби після клізми, кал звичайного кольору, I-II типу згідно Брістольської шкали оцінки випорожнень.

При дослідженні per rectum виявлено гематоми періанальної ділянки, ампула прямої кишки заповнена щільними каловими масами. Тонус сфінктера підвищений.

Гемоглобін – 94 г/л; Ер. – $3,1 \times 10^9$ /л; к.п. – 0,86; Лейкоцити – $12,2 \times 10^9$ /л; е – 1%; п – 8%; с – 66%; л – 22%; м – 3%; Тромбоцити – 230×10^9 /л; ШОЕ – 16 мм/год.; рН 7,39; хлорид - 99 ммоль/л; бікарбонат - 28 ммоль/л; калій - 3,7 ммоль/л.

На оглядовій рентгенограмі ОЧП в вертикальному положенні: розширені кишкові петлі без горизонтальних рівнів рідини.

На УЗД ОЧП, заочеревинного простору, серця, головного мозку патології не виявлено.

Контрастна іригографія в прямій та латеральній проекції: дистальна частина прямої кишки вузька з тунелеподібною транзитною зоною, що переходить у дилатовану кишку; ректо-сигмоїдний індекс - 0,9.

1. Який найбільш імовірний діагноз?
2. Яка етіологія та класифікація цього захворювання?
3. З якими захворюваннями необхідно проводити диференціальну діагностику?
4. Які додаткові спеціальні обстеження доцільно провести для уточнення діагнозу?
5. Яка тактика лікування?

Задача №5

У лікарню звернулись батьки хлопчика Д. 7 місяців. Мати скаржиться, що у дитини періодичні напади сильного крику та неспокою останні 8 годин, крім того 2 години тому було блювання без домішок жовчі. Температура тіла 37,3 °С.

З анамнезу життя відомо: народився від I вагітності без ускладнень, пологи фізіологічні у 38 тижнів, за шкалою Апгар 8 балів на 3 хв., вага при народженні 3124 г., ріст 48 см. Дитина на грудному вигодовуванні, прикорм з 6 міс з овочевого пюре, вчора вперше одержала манну кашу як прикорм.

Загальний стан середньої важкості. Шкіряні покриви бліді, чисті. Тони серця послаблені, пульс - 130 за хвилину. Дихання 31 за хвилину, пуерильне, симетричне. Живіт нездутий, м'який. У правому верхньому квадранті пальпується овальне щільне утворення, довжиною 2-3 см. Симптомів подразнення очеревини немає. Печінка не збільшена. Сеча інтенсивно жовтого кольору. Стілець останній раз 9 годин тому, жовтий, кашеподібний.

Дослідження per rectum: перианальна ділянка без особливостей, тонус сфінктера у нормі, ампула прямої кишки заповнена темним рідким вмістом з домішками крові та слизу.

Гемоглобін – 110 г/л; Ер. – $3,1 \times 10^9$ /л; к.п. – 0,86; Лейкоцити – $12,2 \times 10^9$ /л; е – 1%; п – 8%; с – 66%; л – 22%; м – 3%; Тромбоцити – 230×10^9 /л; ШОЕ – 16 мм/год.; рН 7,39; хлорид - 99 ммоль/л; бікарбонат - 28 ммоль/л; калій - 3,7 ммоль/л.

На оглядовій рентгенограмі ОЧП в вертикальному положенні: патології не виявлено.

1. Яке захворюванням?
2. Яка етіологія та класифікація даного захворювання?
3. Які захворювання варто включити для диференційної діагностики?
4. Які специфічні методи діагностики треба використати для уточнення діагнозу?
5. Яка тактика лікування даного хворого?

ТОРАКАЛЬНА

Задача №6

У пологовому будинку через 20 хвилин після народження у дитини виявлена велика кількість пінистих виділень із рота й носа. Після відсмоктування слизу знову швидко накопичується знов. Відмічаються задишка й ціаноз. Виконане зондування стравоходу орогастральним катетером (Fr 8): останній згорнувся, кінець його виявлений у роті дитини. Температура тіла 37,0 °С.

З анамнезу життя відомо: хлопчик А. народився від I вагітності, вагітність без ускладнень, пологи фізіологічні у 37 тижнів, за шкалою Апгар 7 балів на 3 хв., вага при народженні 2620 г., ріст 41 см. УЗД після 20 тижнів вагітності мати не проходила.

Загальний стан середньої важкості. Шкіряні покриви ціанотичні, чисті. Тони серця послаблені, пульс - 140 за хвилину. Аускультативно в легенях везикулярне дихання, визначається велика кількість вологих різнокаліберних хрипів. Частота дихання – 37 за хвилину. Живіт здутий у епігастрії, м'який. Симптоми подразнення очеревини негативні. Печінка не збільшена. Сечовиділення та стільця ще не було.

Гемоглобін – 203 г/л; Ер. – $3,1 \times 10^9$ /л; к.п. – 0,86; Лейкоцити – $12,2 \times 10^9$ /л; е – 1%; п – 8%; с – 66%; л – 22%; м – 3%; Тромбоцити – 230×10^9 /л; ШОЕ – 16 мм/год.; рН 7,39; хлорид - 99 ммоль/л; бікарбонат - 28 ммоль/л; калій - 3,7 ммоль/л.

На оглядовій рентгенограмі ОГК та ОЧП в вертикальному положенні: зонд розташований на рівні Th-3, зігнувся та повернувся в ротову порожнину. Ділятація шлунку. Петлі кишківника заповнені газом.

1. Яке захворювання?
2. Яка його етіологія та класифікація?
3. Які захворювання варто включити у диференційну діагностику?
4. Які специфічні методи діагностики треба використати для уточнення діагнозу?
5. Яка тактика лікування новонародженого?

УРОЛОГІЯ ТА ПАТОЛОГІЯ ЧЕРЕВНОЇ СТІНКИ

Задача №7

Хлопчику 6 міс. Батьки помітили, що у дитини відсутнє ліве яечко. Під час огляду дитини та статевих органів фізичний розвиток відповідає віку. Праве яечко в калитці, ліва половина калитки недорозвинена, яечко відсутнє, на протязі пахвинного каналу пальпується округле утворення 1,2x1,0 см.

1. Ваш діагноз?
2. Які діагностичні заходи Ви виконаєте для підтвердження діагнозу?

3. З якими захворюваннями необхідно провести диференціальну діагностику?
4. Який метод лікування Ви призначите та термін його виконання?

Задача №8

Дитина 6 місяців знаходиться в соматичному стаціонарі в зв'язку із лівосторонньою пневмонією. В анамнезі – лівостороння пахвинно-калиткова грижа, защемлень раніше не було. Дві години зчинилось випинання грижі, яке не мати не може вправити у черевну порожнину.

1. Яка тактика чергового лікаря?
2. В чому полягає надання лікарської допомоги?
3. Подальша тактика лікування грижі
4. Яка анатомічна передумова призводить до виникнення пахової грижі у дітей?

Задача №9

У хлопчика 12 років протягом тижня болі в животі, підвищення температури тіла до 38,50С, в аналізі сечі – лейкоцитурія, протеїнурія. На УЗД – розширення чашково-мискової системи лівої нирки.

1. Ваш діагноз?
2. Які додаткові методи обстеження потрібні для уточнення діагнозу?
3. Основні причини захворювання.
4. Клінічні прояви.
5. План лікування.

Задача №10

У дитини 5 років з 3-х річного віку періодично виникає переймоподібна біль в животі, блювота, прискорене сечовиділення, підвищення температури тіла до 38оС і більше. Катаральних явищ немає, стілець в нормі. В клінічному аналізі сечі – лейкоцитурія, бактеріурія. При мікційній цистографії вивпнився розширений сечовід.

1. Сформулюйте діагноз.
2. Які додаткові методи обстеження?
3. З якими захворюваннями слід проводити диференціальну діагностику.
4. Тактика лікування.

Задача №11

У хлопчика 1,5 року має місце збільшення розмірів правої половини калитки. Збільшення калитки з народження. Мати відмічає збільшення утворення ввечері та зменшення вранці. Пальпується м'яко-еластичне утворення, безболісне. При діафаноскопії - вся права половина калитки просвічується рівномірно.

1. Ваш діагноз.
2. Тактика лікування.

3. Який додатковий інструментальний метод допомагає в діагностиці?
4. До якого віку дітей з такою патологією не оперують?
5. Диференціальна діагностика.

Задача №12

У хлопчика 4 років - припухлість та гіперемія шкіри крайньої плоті, гноєвиділення. Голівка статевого члена не відкривається, крайня плоть звужена.

1. Ваш діагноз.
2. Вірогідна етіологія.
3. Ваша тактика лікування?
4. Найчастіше ускладнення при виведенні голівки статевого члена у дитини з фімозом.